

VRN - C776

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

V/1119/0757

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

06/11/2019

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Dataram

AGE-YEARS आयु-वर्ष

50

SEX लिंग

M

FATHER/SUBPOUSE'S NAME:

पिता/कटुम्भ का नाम

S/o Dori Lal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

Edapur, Rajapur

Distt - Hathras, U.P., 261306

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

same as above

OCCUPATION:

व्यवसाय

Labour

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें):

Yes / No

हां / नहीं

✓

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
(1)	Ramwade	46	F	Wife
(2)	Jitendra	14	M	Son
(3)	Dharam Pal	12	M	Son
(4)	Baldeo	9	M	Son
(5)	Rishan Dori	7	F	Daughter
(6)	Rajani	4	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवृति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आयु और वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विवृति का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रक्तपत्रावली/दोस्त्र से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE-2 PC.O
	IE- IMBC
	सामुदायिक (IE) STCC केंद्र

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिय गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ला गई सहायता राशि
1.	SCST	

Postop
(0757) Dataram

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन करी घेवणा नवः

not lawfully confirm that assistance it received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such 88

2) I solemnly commit and declare that no other person was requested by me:

3) I hereby confirm that I have not & will not in future, direct or indirectly, in any way, assist or encourage any person or organization for which this assistance is requested.

1) मैं ये क्या करता हूँ कि इस प्रकार से सिधे गये अर्थ विवरण से जनकारी में अनुसरण सत्य एवं तथो है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य प्रकाश में तो भी स्थापित नित्य की

2) भरे क्षम जो सहायक पाणि "कोटिका जालवेरन" से लो जा रहे है, उसका उपयोग दली नदेलन को पुति के लिये किया जायगा, जे इस प्रल्पे में बत गये है।

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस माहगंगा हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस यज्ञ का अधिकतम संभव हिस्सा किसी अन्य प्रातः/निर्वहण/शाम के यज्ञ में नहीं था।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्जदक हउ कए)

By signing and submitting this application, the undersigned hereby agrees to authorize Kahlka Foundation and its Trustees to

2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the purpose, for which such assistance is requested, shall be subject to the discretion of the Government of India, for the purpose of providing or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest with the Government of India.

with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision is final regarding same. The said letter is dated 11/11/2011.

1) इस प्रश्न का अर्थ इस प्रकार है कि 'अर्थ' शब्द का प्रयोग किस प्रकार किया गया है? इस प्रश्न का उत्तर 'अर्थ' शब्द का प्रयोग 'अर्थ' शब्द के अर्थ में किया गया है।

१५. श्री (आयुर्वेदक) ४४ ब्रह्म से सहस्रत ई कि नैरा नाम, पत्नी, छोटी तौ विधवा जे कि सहायता के उद्देश्य से प्रथित है मुक्त स्वतः। सहायता का हकगार नहीं बनाया। इत सम्बन्ध न

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

स्वातंत्र्य के प्रकाश में लड़ें पर विचार

दलनिराज

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा फॉर्म)

© 2011 American Psychological Association or one of its allied publishers. This article is intended solely for the personal use of the individual user and is not to be disseminated broadly.

(Hospital) hereby affirm & accept following:
 That we are not presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case.

confirmation essentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other fund or source.

in the matter.

हमारे अधिवक्ता, इन्सपेक्टरी की ओर से मामला दर्जना को "काराणिक" कहियेगा। से मिलिये यह कि यह सब सिद्ध करने के लिए हमें एक विशेषज्ञ की आवश्यकता है।

नोट: छात्रकृति संस्था या किसी अन्य तालिम से नहीं लेना/लेनी।

को इंगी और "अदिका" को कहें शुभक। या शिगदरी इस पामत ग नही जगल।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

रङ्गोकारी के लिए संस्तुति

Date of Surgery

ऑपरेशन का तरीका

5/11/15

Dr. PRIYA AGRAWAL

MOL No. 58417

City

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

आवृत्ति का मान ४ इकाईयाँ से कम है।

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

नमः वः पदः हस्तगतः व्यक्तित्वः अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासः ह्यगच्छेत् ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

Exempl

sent